

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés

*Direction déléguée à la gestion
et à l'organisation des soins*

Direction de l'offre de soins

Département des professions de santé

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des relations
avec les professionnels de santé

UNION NATIONALE DES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE

Instruction n° DSS/1B/CNAM/2018/91 du 3 avril 2018 relative à la mise en œuvre du contrat collectif pour les soins visuels

NOR : SSAS1809262J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 30 mars 2018. – Visa CNP 2018-20.

Résumé : l'instruction détaille les modalités de mise en œuvre du contrat collectif pour les soins visuels visant à pallier les difficultés croissantes d'accès aux soins ophtalmologiques.

Mots clés : coopération entre professionnels de santé – contrat collectif – filière visuelle – orthopliste – ophtalmologiste – maison de santé pluriprofessionnelle – centre de santé.

Références :

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 67 ;

Décision du 27 avril 2017 relative aux contrats définis à l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Annexes :

Annexe 1. – Contrat collectif type.

Annexe 2. – Récapitulatif des pièces justificatives à fournir pour l'adhésion au contrat collectif.

Annexe 3. – Fiche récapitulative. – Aide à la gestion du contrat collectif.

Annexe 4. – Tableau de remontée des données par les ARS sur la mise en œuvre des contrats collectifs.

La ministre des solidarités et de la santé et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (pour application).

INTRODUCTION

La filière visuelle est confrontée à d'importantes difficultés : démographie stagnante des ophtalmologistes, vieillissement démographique de la profession (59 % des spécialistes sont âgés de plus de 55 ans), inégale répartition des professionnels de la filière visuelle sur le territoire, augmentation de la demande en soins (accroissement et vieillissement de la population) et augmentation des affections visuelles chroniques.

Ces différents facteurs génèrent des difficultés d'accès aux soins traduites notamment par l'allongement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste.

Les travaux engagés à la suite du rapport IGAS de juillet 2015 visent à diversifier l'offre de soins ophtalmologiques afin de répondre à moyen terme à ces défis.

Dans ce cadre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a créé deux types de contrats pour les soins visuels :

- l'un à destination des ophtalmologistes libéraux, visant à les inciter à former ou à embaucher un orthoptiste pour développer le travail en coopération : les contrats de coopération ;
- l'autre à destination des structures d'exercice pluri-professionnel (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé) visant à y implanter une offre de soins visuels, par la présence d'au moins un professionnel de la santé visuelle (orthoptiste/ophtalmologiste) : le contrat collectif.

La présente instruction a pour objet de détailler les modalités de mise en œuvre du contrat collectif pour les soins visuels.

Pour rappel, l'instruction n° DSS/SD1/1B/2017/260 du 30 août 2017 détaille la mise en œuvre des contrats de coopération pour les soins visuels.

1. Présentation du contrat collectif pour les soins visuels

Le contrat collectif vise à favoriser le développement d'une offre de soins visuels dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé en incitant ces structures à recourir à des orthoptistes qui travailleront en coopération avec des ophtalmologistes (ces derniers pouvant, le cas échéant, intervenir pour la structure à distance).

2. Les structures éligibles au contrat collectif pour les soins visuels

Le contrat concerne exclusivement les maisons de santé pluriprofessionnelles constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et les centres de santé adhérant à l'accord national des centres de santé (dénommés dans les présentes instructions sous le terme « les structures »).

Pour adhérer à ce contrat, les structures doivent justifier auprès des ARS de répondre aux pré-requis suivants :

- disposer *a minima* d'une messagerie sécurisée permettant l'échange de données entre l'orthoptiste ou un professionnel de la structure et l'ophtalmologiste à distance ;
- prévoir un temps d'activité de l'orthoptiste exerçant dans la structure représentant au moins deux demi-journées par semaine, cette durée de travail étant appréciée sur l'ensemble de l'année ;
- être engagé dans un partenariat formalisé avec un ou plusieurs ophtalmologistes. (pouvant intervenir à distance) ;
- prévoir une procédure permettant à la structure d'orienter dans un délai raisonnable le patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique.

L'ensemble de ces conditions d'éligibilité sont cumulatives pour l'adhésion au contrat.

3. Information des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé éligibles au dispositif

La fédération française des maisons et pôles de santé, en lien avec les fédérations régionales, le syndicat national des ophtalmologistes de France et le syndicat national autonome des orthoptistes et les membres du Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé assureront la promotion du dispositif auprès des professionnels exerçant en structure et des professionnels de la filière visuelle.

Cette promotion sera également assurée par les réseaux des ARS et des caisses d'assurance maladie qui expliciteront le dispositif aux professionnels qui en formuleront la demande.

Les ARS informeront les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé éligibles au contrat collectif et ce, par tous les moyens suivants :

- visites des représentants de l'ARS au sein de la structure ;
- envoi de mails ;
- et par tout autre moyen d'informations.

En accord avec les ARS, les CPAM pourront également mettre en place des actions d'information sur ce nouveau dispositif et ce, par tous les moyens suivants :

- visites des représentants de l'assurance maladie au sein de la structure ;
- site ameli.fr ;
- envoi de mails ;
- et par tout autre moyen d'informations.

Les actions de promotion engagées par les ARS devront être menées en commun avec l'assurance maladie.

Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ophtalmologiques¹, les ARS et les caisses devront mener une promotion renforcée pour ces dispositifs.

L'administration centrale organisera une réunion de présentation de ces dispositifs avec les ARS, et se tiendra à leur disposition pour les accompagner dans la mise en œuvre du dispositif.

4. Modalités d'adhésion et circuit d'analyse des demandes de contractualisation

4.1. Modalités d'adhésion

Les ARS sont chargées de la gestion des demandes d'adhésion au contrat collectif.

Les structures qui souhaitent souscrire à ce contrat doivent adresser, par le biais de leur représentant, une demande à l'ARS accompagnée des différents justificatifs attestant de leur éligibilité au contrat (*cf.* annexe 1 : contrat, annexe 2 : récapitulatif des pièces à fournir et annexe 3 : aide à la gestion par les ARS du contrat collectif).

4.2. Examen et enregistrement des demandes d'adhésion par l'ARS

L'ARS vérifie, au vu des justificatifs fournis, l'éligibilité des structures au contrat avant de procéder à son enregistrement (*cf.* annexe 2 et annexe 3).

L'ARS devra initier un échange avec la DSS sur les contrats qu'elle estimera suffisamment matures pour intégrer le dispositif (transmission synthétique du dossier présenté ainsi que des questions et des points à discuter).

Le silence gardé par la DSS durant 15 jours à réception électronique d'un dossier vaudra accord.

Ces échanges permettront d'assurer l'exhaustivité du suivi du dispositif sur le territoire national et, s'agissant du retour aux ARS, ces échanges permettront une mutualisation des bonnes pratiques et un partage des réponses aux interrogations récurrentes qui seront rediffusées au niveau de toutes les ARS par la DSS.

4.3. Suivi du dispositif à l'échelle nationale

Pour assurer le suivi de la montée en charge du dispositif, l'ARS adresse une copie de chaque demande d'adhésion à la DSS par voie dématérialisée à l'adresse suivante :

DSS-COOPERATIONS@sante.gouv.fr.

4.4. Notification des décisions à la structure

L'ARS notifie à la structure la décision prise quant à sa demande d'adhésion au contrat.

➤ En cas davis favorable

L'ARS de rattachement informe la structure de la décision d'accord concernant sa demande de contractualisation et lui propose la signature du contrat.

¹ Ce zonage est déterminé en application de la méthode APL, définie par l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Le contrat est alors signé en 3 exemplaires (structure/Assurance maladie/ARS)

Les modalités de cette signature sont à définir avec la structure :

- soit, rendez-vous à l'ARS avec le représentant de la structure pour la signature du contrat puis transmission à la CPAM pour signature ;
- soit, transmission par l'ARS du contrat pré-rempli par courrier à la structure en 3 exemplaires (structure/ARS/Assurance maladie) pour signature.

Dans toutes ces procédures, vous privilégiez les circuits de signatures simples : l'ARS est le point d'entrée et de sortie pour la signature des contrats.

Dans tous les cas, le contrat signé par la structure et l'ARS devra également être transmis à la CPAM pour signature.

À noter qu'aucune réunion tripartite, impliquant la présence de la structure, des ARS et des CPAM n'est nécessaire. Il importe dans tous les cas que cette co-signature intervienne dans les plus brefs délais, afin de ne pas pénaliser la structure.

➤ En cas de décision de refus de contractualisation

La décision de refus de contractualisation est notifiée par l'ARS de rattachement à la structure qui ne remplit pas les conditions lui permettant d'adhérer à ce contrat.

Cette notification de refus doit être motivée (ex : non éligibilité au contrat) et préciser les voies de recours (ce sont les juridictions administratives qui seront compétentes donc recours possible devant le tribunal administratif).

Rappel : l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois suivant la demande vaut accord.

4.5. Date d'adhésion aux contrats

La date d'adhésion aux contrats correspond à la date de signature du contrat qui ne pourra intervenir au plus tôt qu'à la présentation par la structure de l'ensemble des justificatifs requis lors de son adhésion.

5. Durée du contrat de coopération

Le contrat est signé pour trois ans à compter de la date de signature du contrat par l'ARS.

Le contrat est renouvelable suivant les modalités précisées au point 12.

6. Les engagements de la structure signataire du contrat

Dans le cadre du contrat, la structure s'engage à :

- effectuer les investissements nécessaires à l'implantation d'une offre de soins ophtalmologiste au sein de la structure ;
- réaliser dans la structure des actes en coopération entre ophtalmologistes et orthoptiste ;
- respecter les tarifs opposables dans le cadre des activités en coopération.

7. Les engagements de l'assurance maladie

En contrepartie du respect des engagements par la structure, l'assurance maladie s'engage à verser à la structure :

- un forfait dont le montant est fixe « aide à l'investissement » ;
- un forfait dont le montant est variable « aide à l'activité ».

7.1. Forfait « aide à l'investissement »

Le forfait aide à l'investissement a pour vocation d'aider la structure à financer l'implantation en son sein d'une offre de soins visuels (achat de matériel, formation, embauche de professionnels, autre).

7.1.1. Aide versée en contrepartie de l'achat du matériel nécessaire à la réalisation de l'activité en coopération pour les soins visuels

Montant de l'aide

Le montant de l'aide s'élève à un montant maximal de 7 000 € par an.

Modalités de vérification du respect des engagements

Pour percevoir l'aide, la structure doit :

- transmettre annuellement à sa CPAM de rattachement (au plus tard le 31 janvier de l'année), les factures correspondant aux matériels achetés dans l'année précédente. À noter que seuls certains équipements peuvent être pris en charge dans le cadre du contrat collectif :
- appareillage ophtalmologique : kératomètre-réfractomètre ; rétinographe ; tonomètre à air pulsé ; appareil automatisé en périmétrie statique ; tomographe en cohérence optique ;
- autres investissements : fauteuil ou table motorisés ; petit matériel comprenant des tests de vision (dessins et lettres) ; échelles de test ; verres et lunettes d'essai ; abonnement à une plate-forme de télémédecine,

et

- avoir réalisé un minimum d'activité en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste :
 - pour la première année, la structure doit avoir réalisé au moins 150 actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes ou de dépistage de la rétinopathie diabétique ;
 - pour les années suivantes, l'objectif est porté à 300 actes.

La CNAM transmet annuellement aux CPAM les données relatives au suivi de ce dernier engagement.

7.1.2. Aide versée au titre de la participation d'ophtalmologistes à l'activité en coopération

Montant de l'aide

Le montant de l'aide s'élève à un montant maximal de 1 000 €.

Modalités de vérification du respect des engagements

Pour percevoir l'aide, la structure doit annuellement justifier auprès de sa CPAM de rattachement (au plus tard le 31 janvier de l'année) de la participation d'ophtalmologistes à l'activité en coopération avec l'orthoptiste de la structure.

À cet effet, la structure peut notamment transmettre des justificatifs attestant de :

- la constitution d'un pool d'ophtalmologistes (ex. : contrat salarié ou document attestant que l'ophtalmologiste travaille pour ou en lien avec la structure (ex. : ophtalmologiste associé de la SISA de la MSP ou signataire du projet de santé) ;
- la formation d'orthoptiste à la délégation (ex. : attestation de formation) ;
- de la mobilisation d'un ETP dédié à l'activité de secrétariat pour permettre la mise en œuvre d'une activité en coopération entre des professionnels de la structure (ex. : fiche de poste identifiant cette activité, etc.).

7.2. Forfait « activité »

Le forfait aide à l'activité a pour vocation d'inciter les structures à développer la coopération entre les orthoptistes et les ophtalmologistes en versant une aide dont le montant, variable, dépend de l'atteinte d'objectifs relatifs au nombre et au volume de l'activité réalisée en coopération.

a) Au titre de l'activité de bilan visuel et de dépistage de la rétinopathie diabétique réalisée en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste

- Pour la 1^{re} année du contrat, la structure peut percevoir une aide de 500 € si celle-ci a réalisé entre 100 et 200 actes de bilan visuels ou de dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) en coopération.

- Pour les années suivantes, la structure peut percevoir une aide de :

1 000 € si la structure a réalisé entre 200 et 300 actes de bilan visuel ou de dépistage de la RD en coopération.

2 000 € si la structure a réalisé plus de 300 actes de bilan visuel ou de dépistage de la RD en coopération.

Ces objectifs sont proratisés au regard de la date de signature du contrat dans l'année civile.

La CNAM transmet annuellement aux CPAM les données relatives au suivi de cet engagement.

b) Au titre de l'activité d'orthoptie réalisée sur prescription médicale (à l'exclusion de la rééducation et du bilan orthoptique)

- Pour la 1^{re} année, la structure peut percevoir une aide de 250 € si cette dernière a réalisé de 50 à 100 actes d'orthoptie sur prescription.

- Pour les années suivantes, la structure peut percevoir une aide de :

500 €, si la structure a réalisé entre 100 et 150 actes d'orthoptie sur prescription.

1 000 € si la structure a réalisé plus de 150 actes d'orthoptie sur prescription.

Ces objectifs sont proratisés au regard de la date de signature du contrat dans l'année civile.

La CNAMTS transmet annuellement aux CPAM les données relatives au suivi qu'elle réalise de cet engagement.

c) Au titre de la participation de la structure à un ou plusieurs protocoles expérimentaux non rémunérés par ailleurs, validés par la HAS s'ils prévoient une délégation de certains actes entre ophtalmologiste et orthoptiste au sens des articles L.4011-1 et suivants du code de la santé publique

La structure pourra, à titre d'exemple, participer au financement du suivi de la DMLA stabilisée, du suivi du glaucome stabilisé ou de la cataracte non opérée.

Pour percevoir l'aide de 2 000 €, la structure doit annuellement justifier auprès de sa CPAM de rattachement (au plus tard le 31 janvier de l'année) de sa participation à l'un de ces protocoles.

Les professionnels devront pour ces protocoles être inscrits dans COOP-PS.

Les caisses remonteront cette information sur la participation à des protocoles à la CNAMTS pour le calcul de la rémunération totale à verser aux structures

Les caisses peuvent procéder en tant que de besoin aux contrôles du respect des engagements du contrat.

L'ARS peut également vérifier, sur pièce ou sur place de l'existence de protocoles de coopération et de l'existence d'un poste de travail dédié à l'orthoptiste.

8. Calcul des aides (forfait activité et aide à l'investissement)

Le montant du forfait « activité » est calculé chaque année par la CPAM en fonction du taux d'atteinte par la structure des objectifs relatifs au nombre et au volume de l'activité réalisée en coopération sur l'année et des justificatifs produits pour les indicateurs déclaratifs.

Le montant du forfait « aide à l'investissement » est calculé sur la base des justificatifs produits par la structure, dans la limite du plafond de 8 000 € par an.

À noter que les aides seront proratisées si la structure a adhéré au contrat en cours d'année au contrat.

Pour faciliter le travail des CPAM, la CNAM mettra à disposition des caisses une calculette leur permettant d'évaluer le montant de l'aide due au titre de chaque année.

9. Modalités de paiement des aides versées par la CPAM (forfait activité et aide à l'investissement) : dispositif de l'avance et versement du solde de l'aide

Pour permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires à l'implantation d'une offre en soins visuels (aménagement du local, achat de matériel, embauche de professionnels), un dispositif d'avance de l'aide a été mis en place.

Cette avance est d'un montant de 5 600 €. Elle est versée par la CPAM dans le délai de 3 mois suivant la signature par la structure du contrat collectif.

Le solde des aides (forfait activité et aide à l'investissement) du au titre de la première année sera versé dans le deuxième trimestre de l'année civile suivante sous réserve de la présentation par la structure à la CPAM, au plus tard le 31 janvier de l'année, des justificatifs requis. Le même mécanisme est appliqué pour les années suivantes.

La création de codes prestations spécifique pour la liquidation de l'aide (avance + solde) est en cours. Des instructions complémentaires seront prochainement diffusées aux caisses d'assurance maladie sur ce point.

10. Résiliation du contrat

Le contrat type prévoit les conditions de rupture du contrat à l'initiative de la structure et des caisses d'assurance maladie et ses conséquences sur le paiement de l'aide (article 5 du contrat type – annexe 1).

11. Remontées locales

Une remontée régulière des informations relatives au suivi du protocole par les ARS est indispensable afin de permettre à la Haute Autorité de santé d'évaluer le dispositif et rendre un avis sur la sécurité et l'efficacité du protocole.

Pour ce faire, vous remonterez chaque année le tableau joint en annexe 3 aux services de la DSS à l'adresse suivante: DSS-COOPERATION@sante.gouv.fr

Vous veillerez à ce que les professionnels de santé fournissent l'intégralité des informations requises.

12. Renouvellement du contrat

Le contrat d'adhésion est signé pour une durée de 3 ans renouvelable.

Le contrat signé par la structure sera donc reconduit automatiquement à l'issue des 3 ans sauf refus exprès de la structure afin d'assurer une continuité dans la prise en charge des aides octroyées dans ce cadre.

Afin de procéder à ce renouvellement, l'ARS devra en pratique adresser un courrier recommandé avec demande d'avis de réception à la structure, au minimum deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Ce courrier permettra d'informer la structure :

- de la date d'échéance prochaine de son contrat, et
- de la reconduction automatique de ce dernier pour une nouvelle période de 3 ans, au lendemain de sa date d'échéance initiale et ce, sauf opposition expresse de la structure à ce renouvellement exprimé dans un délai de 2 mois suivant la date de réception du courrier.

Le courrier devra comporter sous le même pli une attestation de reconduction tacite du contrat permettant de formaliser ce renouvellement.

En réponse à ce courrier, la structure pourra signaler à l'ARS par écrit son opposition au renouvellement de son contrat dans un délai de deux mois ; ce dernier prendra alors fin à l'échéance prévue et ne fera pas l'objet d'une reconduction automatique.

À l'inverse, si à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception du courrier, la structure ne formule pas d'opposition expresse à la reconduction automatique de son contrat, son silence vaudra alors acceptation du renouvellement du contrat. Le contrat, arrivé à échéance, sera alors reconduit automatiquement pour une nouvelle période de 3 ans au lendemain de sa date d'échéance initiale.

13. Outils d'accompagnement

Toutes les interrogations relatives à la mise en œuvre de ce contrat sont à envoyer aux adresses génériques dédiées :

- pour le réseau de l'assurance maladie: filiere-visuelle@cnamts.fr
- pour le réseau des ARS: DSS-COOPERATION@sante.gouv.fr

Une foire aux questions (FAQ) commune aux deux réseaux sera constituée sur la base des questions remontées à la DSS et à la CNAMTS et fera l'objet d'une mise à jour trimestrielle, qui sera envoyée aux deux réseaux.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP

*La secrétaire générale des ministères chargés
des affaires sociales par intérim,*
A. LAURENT

Le directeur général de l'UNCAM,
N. REVEL

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE COLLECTIF POUR LES SOINS VISUELS

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 67;

Vu la décision du 27 avril 2017 fixant le contrat type mentionné à l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale,

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

- département;
- adresse;
- représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées):

Et d'autre part, l'agence régionale de santé :

- région;
- adresse;
- représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées):

Et, d'autre part, la maison de santé/le centre de santé :

- nom;
- numéro FINESS;
- adresse;
- représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées):

un contrat collectif pour les soins visuels.

Article 1^{er}

Champ du contrat

1.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser le développement d'une offre de soins ophtalmologiques dans les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, en incitant ces structures à développer les coopérations entre professionnels de santé de la vue, pour la réalisation de consultations ophtalmologiques.

Afin d'accompagner ces structures dans le développement d'une offre de soins visuels et inciter au développement des protocoles de coopération dans ce champ, le contrat prévoit le versement d'une rémunération à la structure comportant un forfait pour l'aide à l'investissement (partie fixe) et une aide pour l'activité de coopération (partie variable) en contrepartie de la réalisation d'objectifs.

1.2. Bénéficiaires

Le présent contrat est réservé aux centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, et aux maisons de santé pluriprofessionnelles mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code. Afin de percevoir une rémunération pour leur activité de coopération, les maisons de santé devront être constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires mentionnée à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique.

Article 2

Engagement des parties

2.1. Engagements de la structure

Les structures éligibles s'engagent, à la signature du contrat, à répondre aux prérequis suivants :

- disposer *a minima* d'une messagerie sécurisée permettant l'échange de données entre l'orthopédiste ou un professionnel de la structure et l'ophtalmologiste à distance;

- prévoir un temps d'activité de l'orthoptiste exerçant dans la structure (salarié ou libéral selon le type de structure) représentant au moins deux demi-journées par semaine, cette durée de travail étant appréciée sur l'ensemble de l'année;
- être engagées dans un partenariat formalisé avec un ou plusieurs ophtalmologistes;
- prévoir une procédure permettant à la structure d'orienter dans un délai raisonnable le patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique.

Les structures signataires s'engagent à effectuer les investissements nécessaires à l'implantation d'une offre de soins ophtalmologique en leur sein, à réaliser les activités en coopération entre ophtalmologiste et orthoptiste et à respecter les tarifs opposables dans le cadre des activités en coopération.

2.2. Engagements de l'assurance maladie

L'assurance maladie paie un forfait avec une partie fixe et une partie variable liées à l'activité réalisée en coopération, mesurée dans le système d'information de l'assurance maladie ou, le cas échéant, sur base déclarative.

2.2.1. Forfait « aide à l'investissement »

La rémunération fixe est de 8 000 € par an versés à la structure signataire, dont :

- 7 000 € au titre de l'achat des équipements listés en annexe 1, sous réserve de présenter les factures correspondantes et de réaliser au moins 300 actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes ou de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes. Pour la première année, l'objectif est porté à 150 actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes ou de dépistage de la rétinopathie diabétique;
- 1 000 € au titre de la participation d'ophtalmologistes à l'activité de coopération (par exemple : constitution d'un pool d'ophtalmologistes, formation d'orthoptistes à la délégation, temps de secrétariat).

2.2.2. Forfait « activité »

Le forfait activité est versé au titre de l'activité réalisée en coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes. Celui-ci est versé par an en fonction de l'atteinte d'objectifs relatifs au nombre et au volume d'activités réalisées en coopération différentes mise en œuvre durant l'année comme suit :

- activité relevant de la coopération dans le domaine visuel facturable à l'assurance maladie parmi : bilan visuel, dépistage de la rétinopathie diabétique :
 - pour la première année du contrat, entre 100 et 200 actes par activité : 500 €;
 - entre 200 et 300 actes par activité : 1 000 €;
 - au-delà de 300 actes : 2 000 €;
- activité sur prescription : activité d'orthoptie sur prescription médicale, à l'exclusion de la rééducation et du bilan orthoptique :
 - pour la première année du contrat, entre 50 et 100 actes par activité : 250 €;
 - entre 100 et 150 actes par activité : 500 €;
 - au-delà de 150 actes : 1 000 €;
- participation à un ou plusieurs protocoles expérimentaux non rémunérés par ailleurs, validés par la HAS s'ils prévoient une délégation au sens des articles L.4011-1 et suivants du code de la santé publique : par exemple, suivi de la DMLA stabilisé, suivi du glaucome stabilisé, de la cataracte non opérée : 2 000 €.

2.2.3. Versement d'une avance

Afin de permettre l'engagement des investissements, l'assurance maladie verse une avance de 5 600 €, dans un délai de 3 mois suivant la signature par la structure du présent contrat.

Article 3

Durée du contrat

Le présent contrat est signé pour une durée de 3 ans renouvelable.

Article 4

Modalités de versement et de vérification du respect des engagements

Les forfaits sont calculés chaque année au regard du taux d'atteinte des engagements et, le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion de la structure au contrat.

Les structures s'engagent à présenter annuellement l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des différents engagements et des objectifs définis aux articles 2.1 et 2.2. À cet effet, la structure les transmet au plus tard le 31 janvier de l'année suivante. Le versement des sommes dues est effectué dans le deuxième trimestre de l'année civile suivante

L'assurance maladie vérifie en outre l'activité notamment de délégation facturable faite par l'orthoptiste, lorsque celle-ci est facturable.

L'ARS peut vérifier sur pièces ou sur place l'existence effective de protocoles de coopération ainsi que les conditions de mise en œuvre par l'orthoptiste et, notamment, l'existence d'un poste de travail lui permettant la mise en œuvre de ces coopérations.

Article 5

Résiliation du contrat

5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative de la structure

La structure peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat.

Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette rupture.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat collectif, le cas échéant, au prorata des engagements respectés par la structure.

5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En cas de constat du non-respect par la structure contractante des engagements, la caisse d'assurance maladie informe la structure, par lettre recommandée avec accusé de réception, des anomalies constatées et de son intention de mettre fin au contrat.

La structure dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. À l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier à la structure la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat collectif, le cas échéant, au prorata des engagements respectés par la structure.

Fait à _____, en XX exemplaires, le

La maison de santé ou le centre de santé
La caisse d'assurance maladie
L'agence régionale de santé

ANNEXE

INVESTISSEMENTS MATÉRIELS PRIS EN CHARGE
DANS LE CADRE DU CONTRAT COLLECTIF

Les matériels suivants, nécessaires à la réalisation de l'activité en coopération pour les soins visuels, peuvent faire l'objet d'un cofinancement :

- appareillage ophtalmologique :
 - kératomètre-réfractomètre ;
 - rétinographe ;
 - tonomètre à air pulsé ;
 - appareil automatisé en périmétrie statique ;
 - tomographe en cohérence optique ;
- autres investissements :
 - fauteuil ou table motorisés ;
 - petit matériel comprenant des tests de vision (dessins et lettres) ;
 - échelles de test ;
 - verres et lunettes d'essai ;
 - abonnement à une plate-forme de télémédecine.

ANNEXE 2

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR POUR L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF

- Justificatif attestant de la constitution de la maison de santé pluri professionnelle en une société interprofessionnelle de soins ambulatoires;
 - Justificatif de l'adhésion du centre de santé à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale;
 - Justificatif attestant de la présence d'une messagerie sécurisée permettant l'échange de données entre l'orthoptiste ou un professionnel de la structure et l'ophtalmologiste à distance;
 - Justificatif attestant du temps d'activité de l'orthoptiste exerçant dans la structure représentant au moins deux demi-journées par semaine, cette durée de travail étant appréciée sur l'ensemble de l'année;
 - Justificatif d'un partenariat formalisé de structure (CDS ou MSP) avec un ou plusieurs ophtalmologistes;
 - Justificatif attestant de la mise en place d'une procédure permettant d'orienter dans un délai raisonnable le patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique.
- Pour le détail des justificatifs demandés, se reporter à l'annexe 3.

ANNEXE 3

FICHE RÉCAPITULATIVE – AIDE À LA GESTION DU CONTRAT COLLECTIF POUR LES SOINS VISUELS

La structure (CDS ou MSP) s'engage à transmettre à l'ARS (pour l'adhésion au contrat) et à la CPAM (pour l'exécution du contrat et le versement de la rémunération) de rattachement l'ensemble des pièces justificatives permettant de vérifier le respect des conditions d'éligibilité au contrat et le respect des engagements. La CPAM vérifie le respect par l'ophtalmologiste de ses engagements au regard des justificatifs présentés, de ses propres données et le cas échéant de celles transmises par la CNAM.

| Conditions cumulatives d'éligibilité au contrat et des engagements du médecin à vérifier | Justificatifs | Précisions apportées |
|---|---|---|
| A) Lors de l'adhésion au contrat | | |
| Éligibilité de la structure au contrat | Vérification par l'ARS sur pièce justificative : Pour MSP : justificatif attestant de la constitution d'une SISA (n° identification) Pour CDS : justificatif attestant de l'adhésion du CDS à l'accord national | La MSP doit être constituée en une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (art. L. 4041-1 du code de la santé publique) Le centre de santé doit adhérer à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale |
| Présence dans la structure d'un dispositif d'échanges sécurisés de données à caractères personnels entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste à distance | Vérification par l'ARS sur pièce justificative : Justificatif d'inscription à une MSS compatible avec l'espace de confiance de l'Asip Santé | Les structures doivent disposer a minima d'une messagerie sécurisée de santé permettant l'échange de données entre les professionnels de la structure et l'ophtalmologiste à distance qui réponde aux conditions de sécurité imposées par la loi informatique et libertés |
| Temps de travail de l'orthoptiste dans la structure | Vérification par l'ARS sur pièce justificative : | L'orthoptiste (sous statut salarié ou libéral) doit justifier d'un exercice d'au moins 2 demi-journées par semaine dans la |

| Conditions cumulatives d'éligibilité au contrat et des engagements du médecin à vérifier | Justificatifs | Précisions apportées |
|---|---|---|
| | <p>Contrat de travail de l'orthoptiste salarié (CDS) ou partenariat formalisé de l'orthoptiste libéral avec la structure (MSP)</p> | <p>structure, dédié au travail en coopération avec le(s) ophtalmologiste(s) lecteur(s) , cette durée de travail étant appréciée sur l'ensemble de l'année</p> |
| Partenariat avec des ophtalmologistes | <p>Vérification par l'ARSSur pièce justificative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrat de travail ou partenariat formalisé entre la structure (CDS ou MSP) et un ou des optalmologistes | <p>L'objectif du contrat collectif est bien d'encourager le travail en coopération entre le(s) orthoptiste(s) en structure et le(s) médecin(s) ophtalmologiste(s) lecteur(s) (pouvant intervenir à distance et pouvant être salarié(s) ou être installé(s) à titre principal ou exclusif en cabinet libéral).</p> |
| Mise en place d'une procédure d'orientation du patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique | <p>Vérification par l'ARS sur pièce justificative :</p> <p>Copie d'un document formalisé indiquant les cas d'orientation systématique du patient vers l'ophtalmologiste</p> | <p>La structure doit prévoir une procédure permettant au secretariat d'orienter dans un délai compatible avec l'état de santé du patient nécessitant une prise en charge ophtalmologique</p> <p>La coopération entre l'orthoptiste et le ou les ophtalmologistes est obligatoirement formalisée, écrite et signée par les professionnels. Ce document doit nécessairement prévoir les situations ou les critères d'exclusion nécessitant l'orientation systématique du patient vers l'ophtalmologiste (dès l'accueil du patient par l'orthoptiste ou après réalisation de premiers examens)</p> <p>En cas d'orientation du patient, le document doit prévoir une prise en charge par un ophtalmologiste du patient dans un délai compatible avec son état de santé.</p> |

| Conditions cumulatives d'éligibilité au contrat et des engagements du médecin à vérifier | Justificatifs | Précisions apportées |
|--|---|---|
| B) Pendant l'exécution du contrat | | De la même façon, si l'ophtalmologiste constate à la lecture des examens réalisés par l'orthoptiste, l'existence d'une anomalie, il doit proposer au même titre une prise en charge. |
| Financement du matériel nécessaire à l'activité en coopération OT/OPH | Vérification CPAM sur pièce justificative : Factures correspondants à l'achat des équipements | Permet à l'assurance maladie de verser à la structure une rémunération annuelle fixe d'un montant maximal de 7 000€ en contrepartie de l'achat de matériel nécessaire à l'activité en coopération. A noter : - Seuls certains équipements peuvent faire l'objet d'un financement (pour la liste des équipements se référer au point 7.1.1 de l'instruction) - La structure peut bénéficier de cette rémunération à l'investissement Si celle-ci justifie par ailleurs avoir réalisé annuellement un volume minimum d'activité en coopération cf. art.7.1.1 de l'instruction) |
| Participation de l'ophtalmologiste à l'activité en coopération | Vérification CPAM sur pièce justificative : Exemples de pièces justificatives : contrat de travail ou partenariat formalisé | Une aide annuelle de 1 000€ est prévue pour inciter les ophtalmologistes à s'engager dans le déploiement du travail en coopération avec les orthoptistes exerçant au sein des structures. |

| Conditions cumulatives d'éligibilité au contrat et des engagements du médecin à vérifier | Justificatifs | Précisions apportées |
|--|---|---|
| | <p>entre le CDS ou la MSP et un ophtalmologiste</p> <p>attestation de formation des orthoptistes à l'activité en coopération (indiquant le nombre d'heures de formation ?)</p> <p>contrat de travail attestant de la présence d'un secrétariat réservé à la gestion des activités en coopération (si le contrat ne précise pas cette mention, la structure doit faire état de la fiche de poste indiquant que le secrétariat prend en charge la gestion des activités en coopération)</p> | |
| Volume d'activité réalisée en coopération entre OT et OPH | Vérification CPAM au regard des données transmises annuellement par la CNAMTS | La structure doit réaliser annuellement un minimum d'activité en coopération pour pouvoir percevoir l'aide à l'investissement et l'aide à l'activité (pour le détail des volumes d'activité en coopération exigés, se référer aux points 7.1 et 7.2 de l'instruction) |
| Participation de la structure à un ou plusieurs protocoles expérimentaux | Vérification CPAM sur pièce justificative : | Une rémunération variable de 2 000 euros est attribuée par l'assurance maladie si la structure participe à un ou plusieurs protocoles expérimentaux non rémunérés par ailleurs, validés |

| Conditions cumulatives d'éligibilité au contrat et des engagements du médecin à vérifier | Justificatifs | Précisions apportées |
|--|---|--|
| | <p>Inscription des PS sur le site internet COOP PS</p> <p>Et copie du protocole expérimental</p> <p>Et volume d'activité réalisée dans le cadre de ce protocole</p> | <p>par la HAS, s'ils prévoient une délégation d'actes entre ophtalmologiste et orthoptiste au sens des articles L.4011-1 et suivants du code de la santé publiques (ex : suivi de la DMLA stabilisé, suivi du glaucome stabilisé, de la cataracte non opérée)</p> |

ANNEXE 4

CONTRATS COLLECTIFS POUR LES SOINS VISUELS

| FORFAIT "AIDE A L'INVESTISSEMENT" | | | | | | COMMENTAIRES CPAM |
|---|--|-------------------------------|--|-------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| Achat des équipements | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | Descriptions du matériels acheté |
| | au titre de la première année du contrat | au titre des années suivantes | au titre de la première année du contrat | au titre des années suivantes | | |
| Montant alloué à l'achat d'équipements (€) | | | | | | |
| Nombre de structures ayant bénéficié de l'aide | | | | | | |
| Nombre de bilans visuels réalisés par délégation à l'OT (par an) | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | |
| Nombre d'actes de bilans visuels pour le renouvellement de lunettes | | | | | | |
| Nombre d'actes de dépistage de la rétinopathie diabétique | | | | | | |
| Taux de participation des ophtalmologistes à l'activité de coopération (annuel) | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | |
| Nombre d'ophtalmologistes qui travaillent en lien ou pour la structure | | | | | | |
| Nombre d'ophtalmologistes formés à la délégation | | | | | | |
| Nombre d'ETP dédiés à l'activité de secrétariat pour permettre la mise en œuvre d'une activité en coopération entre des professionnels de la structure | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| FORFAIT "ACTIVITE" | | | | | | COMMENTAIRES CPAM |
| Au titre de l'activité de bilan visuel et de et de dépistage de la rétinopathie diabétique réalisée en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | Descriptions du matériels acheté |
| | au titre de la première année du contrat | au titre des années suivantes | au titre de la première année du contrat | au titre des années suivantes | | |
| Nombre de bilan visuel réalisé par délégation | | | | | | |
| Nombre de dépistage de la rétinopathie diabétique réalisé par délégation | | | | | | |
| Au titre de l'activité d'orthoptie réalisée sur prescription médicale (à l'exclusion de la rééducation et du bilan orthoptique) | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | |
| Nombre d'actes d'orthoptie prescrits | | | | | | |
| Types d'actes prescrits | | | | | | |
| Au titre de la participation de la structure un protocole expérimental qui prévoit une délégation d'actes entre OT et OP | en MSP | | en CDS | | TOTAL (année N) | |
| Nombre de protocoles expérimentaux mis en œuvre | | | | | | |
| Types de protocoles | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| ARS | | | | | | COMMENTAIRES |
| Nombre de MSP ayant adhéré au contrat collectif | | | | | | |
| Nombre de centre de santé ayant adhéré au contrat collectif | | | | | | |
| Nombres d'équipes OT-OP constituées | en MSP | | en CDS | | | |
| Nombre de professionnels par équipe (ophtalmologistes et orthoptistes) | en MSP | | en CDS | | | |
| Difficultés rencontrées lors de l'adhésion au contrat | | | | | | |
| Difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du contrat | | | | | | |